



## E-CHAT for users in New Mexico

### Evaluación de salud Exhaustiva

Razón para la evaluación

Date

☐ Evaluación Anual/Plan de apoyo individual

\_\_\_\_\_

☐ Nueva Admisión/Traslado

\_\_\_\_\_

☐ Cambio en condición

\_\_\_\_\_

☐ Alta Hospitalaria

\_\_\_\_\_

☐ Alta hospitalaria debido a neumonía por aspiración

\_\_\_\_\_

☐ Evaluación trimestral de Enfermería

\_\_\_\_\_

☐ otros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ISP Fecha de efectividad

de:

Para:

Fecha de evaluación:

### 1. Diagnósticos Activos:

### Diagnósticos y condiciones

| ICD-10 | ICD-9/ DSM-4/ otros | Axis  | DSM-5 | Descripción | Fecha del<br>diagnostico | Diagnosticado<br>por |
|--------|---------------------|-------|-------|-------------|--------------------------|----------------------|
| _____  | _____               | _____ | _____ | _____       | _____                    | _____                |
| _____  | _____               | _____ | _____ | _____       | _____                    | _____                |
| _____  | _____               | _____ | _____ | _____       | _____                    | _____                |
| _____  | _____               | _____ | _____ | _____       | _____                    | _____                |
| _____  | _____               | _____ | _____ | _____       | _____                    | _____                |

Otra información médica

Historial /Diagnósticos y condiciones inactivos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.a Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Alergias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.a Hay alguna alergia a medicamentos, ambiente o alimentos? ☐ No ☐ Sí

2.b Hay algún historial de reacción anafiláctica? ☐ No ☐ Sí

2.c Comentarios:

---



---



---

### 3. Medicamentos:

| Nombre del medicamento | Ruta | Cantidad | Unidad de medida | Frecuencia | Indicaciones/propósito | Fecha de comienzo | Fecha de culminación | Instrucciones o comentarios | Tipo de medicamento |
|------------------------|------|----------|------------------|------------|------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
|                        |      |          |                  |            |                        |                   |                      |                             |                     |
|                        |      |          |                  |            |                        |                   |                      |                             |                     |
|                        |      |          |                  |            |                        |                   |                      |                             |                     |

3.a Apoyos en la entrega de medicamentos:

- ☐ Auto administración de medicamentos ☐ Auto administración con asistencia física
- ☐ Asistencia en la administración por el equipo ☐ Administración de medicamentos por personal autorizado o certificado
- Recibe medicamento (s) inyectables de rutina por: ☐ Enfermera autorizada de la agencia, administra medicamentos varias veces al día.
- ☐ Enfermera licenciada de la agencia administra medicamentos varias veces a la semana ☐ Enfermera autorizada de la agencia certifica la medicación al menos una vez al mes.
- ☐ Enfermera autorizada de la agencia certifica ☐ Auto administración o administración por algún miembro de la familia los medicamentos anualmente o al menos una vez por trimestre de medicamentos certificado al menos anualmente o hasta una vez por trimestre
- ☐ Médico, Medico Primario o clínica (bomba o inyecciones de acción prolongada)
- Enfermera/o /IDT comentarios:

---



---

3.b Monitoreo de la efectividad de los medicamentos : 

---

---

3.c Rehúsa los medicamentos, tratamiento o monitoreo:

☐ Raras veces rehúsa o nunca rehúsa

☐ Ocasionalmente rehúsa pero no tiene impacto en su salud ☐ Frecuentemente rehúsa u ocasionalmente rehúsa y causa impacto en su salud

3.d Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 4. Laboratorios / Radiologías:

Algún estudio de laboratorio o radiología con resultados anormales en el pasado año? ☐ No ☐ Sí

Si es así, proporcione un resumen de cualquier laboratorio con resultados anormales o hallazgo radiología y que cosas realizó y para dar seguimiento o tratar estos temas.

\_\_\_\_\_

4.a ¿En la actualidad, requiere de laboratorios o exámenes de radiología frecuentes para manejar, monitorear o mantener la salud? ☐ No ☐ Sí

4.b Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 5. Utilización de servicios médicos:

Visita programada de médico primario en el pasado año: ☐ 1-4 veces ☐ 5-7 veces ☐ 8 o más veces

5.a Visita a salas de emergencia en el pasado año: ☐ 0-2 veces ☐ 3-4 veces ☐ 5 o más veces

5.b Numero de hospitalizaciones médicas en el pasado año: ☐ 0-1 veces ☐ 2-3 veces ☐ 4 o más veces

5.c Numero de hospitalizaciones psiquiátricas en el pasado año: ☐ 0-1 veces ☐ 2-3 veces ☐ 4 o más veces

5.d Numero de hospitalizaciones médicas en los pasados 3 meses: ☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 o más veces

5.e Número de hospitalizaciones psiquiátricas en los pasados 3 meses: ☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 o más veces

5.f utilización de maniobra de Heimlich o presión abdominal para despejar la vía respiratoria : ☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 o más veces

5.g ¿Existe algún diagnóstico, nuevo diagnóstico o cambio en la condición, que requiera un monitoreo o seguimiento médico frecuente ( ejemplo. cáncer, enfermedad grave)? De ser así describa: ☐ No ☐ Sí

\_\_\_\_\_

5.h Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 6. Signos Vitales:

Se tomaron los signos vitales durante esta evaluación? ☐ No ☐ Sí

De ser Temperatura: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

así:

Respiración: \_\_\_\_\_

Presión arterial: \_\_\_\_\_

6.a Lectura de oxímetro de pulso ordenadas? ☐ N/A ☐ No ☐ Sí

De ser así: Lecturas más recientes : ☐ 02 < 90% ☐ 02 > o = 90% Fecha y hora: \_\_\_\_\_

6.b Comentarios:

## 7. Estatura y peso:

Estatura: \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulg. Peso: \_\_\_\_\_ lbs

7.a Aumento de peso no planificado (> 5 lbs)? ☐ No ☐ se desconoce ☐ sí

7.b Pérdida de peso no planificado? ☐ No ☐ se desconoce ☐ Sí

De ser así: ☐ Pérdida de peso de menos de un 5% del peso corporal total en un periodo de 3 meses ☐ Pérdida inexplicada de hasta 10% (o más) de peso corporal total o 10 libras en un período de 6 meses

7.c IMC: \_\_\_\_\_

7.d Comentarios:

## 8. Nutrición:

• El individuo recibe una dieta especial ? ☐ No ☐ sí

• Dieta ordenada: ☐ Regular ☐ NPO ☐ Diabética Calorías: \_\_\_\_\_ ☐ alta en calorías

☐ baja en sa ☐ baja en grasa ☐ Ketogénica ☐ sin gluten ☐ Otra: \_\_\_\_\_

• Textura de la dieta: ☐ Regular ☐ cortada ☐ suave mecánica ☐ Puree ☐ Otra: \_\_\_\_\_

• Consistencia de los fluidos: ☐ Regular/líquidos finos ☐ Néctar espeso ☐ Espeso tipo miel  
☐ Espeso tipo pudín ☐ Otros: \_\_\_\_\_

8.a ¿El individuo requiere restricción de fluidos? ☐ No ☐ Sí

8.b ¿El individuo requiere apoyo para asegurar una hidratación adecuada o reducir al mínimo el riesgo de deshidratación?

☐ No apoyo ☐ Apoyo Ocasional ☐ Frecuente – Apoyo diario

8.c ¿Se monitorea entrada y salida de líquidos ordenado por Médico primario o especialista?

☐ No ☐ Sí ☐ solo la entrada ☐ solo la salida ☐ ambos entrada y salida

8.d Comentarios:

## 9. Alimentación por tubo/ Nutrición

### Enteral:

- ¿El individuo recibe alimentación por tubo o nutrición enteral? ☐ No ☐ Sí
- Tipo de tubo: ☐ NG ☐ G Tube ☐ G/J tube ☐ J Tube
- Detalles del tubo: ☐ PEG ☐ Mic-Key ☐ Botón / perfil bajo ☐ Punta de globo (Foley) ☐ Otros: \_\_\_\_\_
- Fecha de colocación del tubo \_\_\_\_\_ • último cambio de tubo: \_\_\_\_\_

- 9.a Información general del tubo al momento de la evaluación: ☐ En su lugar limpio y seco ☐ Estoma rosada y saludable
- ☐ Piel roja alrededor de la estoma ☐ Piel macerada alrededor de la estoma ☐ estoma retraída ☐ tubo o botón retraídos
- ☐ Filtración de formula ☐ Drenaje purulento ☐ erosión en el sitio ☐ Fístula en el sitio
- Describir la condición adicional de tubo y el sitio, así como cualquier preocupación en la evaluación

- 9.b riesgo de desplazamiento del tubo : ☐ Nunca o raras veces toca ☐ A menudo se toca o hala ☐ hala el tubo

### 9.c Comentarios:

## 10. Riesgo de aspiración:

- Riesgo de aspiración as determined by Screening Tool: ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto

### 10.a Comentarios:

## 11. Oral/Dental:

Nivel de asistencia para higiene oral : ☐ Independiente ☐ Con alguna asistencia ☐ asistencia extensa, dependencia total

11.a Estado de higiene oral: basado en observación o reporte dental ☐ Buena higiene oral ☐ Mal aliento

- ☐ Higiene oral justa ☐ Pobre higiene oral ☐ placa excesiva ☐ Múltiples caries ☐ Decaimiento evidente
- ☐ Dientes rotos ☐ Encías inflamadas ☐ Encías sangrantes ☐ Enfermedad ☐ Dientes flojos

periodontal

- ☐ Edéntula (sin dientes) ☐ Utiliza dentadura postiza o  
placas parciales

11.b Comentarios:

## 12. Signos o síntomas neurológicos :

- ¿El "shunt" cerebral está en su lugar? ☐ No ☐ Sí Fecha de colocación (Si la conoce) \_\_\_\_\_
- Bomba de Baclofen en su lugar? ☐ No ☐ Sí Fecha de colocación (Si la conoce) \_\_\_\_\_
- Is vagal nerve stimulator (VNS) in place? ☐ No ☐ Sí Fecha de colocación (Si la conoce) \_\_\_\_\_  
Modelo o tipo (Si lo conoce) \_\_\_\_\_
- Otro dispositivo implantado? ☐ No ☐ Sí Fecha de colocación (si la conoce) \_\_\_\_\_

Comentarios:

- 12.a ¿Tiene signos o síntomas de algún cambio neurológico reciente? ☐ No ☐ Sí
- 12.b ¿Hay un trastorno convulsivo? ☐ No ☐ Sí ☐ Desconoce
- Tipos de convulsiones que usualmente se observan ☐ Ninguno ☐ Ausencias (petit mal) ☐ Ausencia Atípica ☐ Atónico
  - ☐ Clónica ☐ Febril ☐ Focal ☐ Generalizada ☐ Mioclónica (sacudidas musculares leves)
  - ☐ Tónico-Clónica (grand mal) ☐ Psicógena ☐ Secundaria generalizada ☐ Parcial Simple ☐ Parcial Compleja
  - ☐ Otro: \_\_\_\_\_
  - Frecuencia de las convulsiones: ☐ Historial de convulsiones pero no ha tenido actividad convulsiva recientemente
  - ☐ No convulsiones en el pasado año ☐ 1 convulsión en el pasado año ☐ Muchas veces en el año
  - ☐ muchas veces en el mes ☐ al menos una semanal ☐ Diarias o múltiples veces al día
  - ☐ Múltiples veces por hora
  - Cualquier cambio en la frecuencia de las convulsiones en los últimos meses: ☐ No cambios ☐ Sí
  - De ser así: ☐ Aumentado ☐ Disminuido
  - ¿Estado epiléptico en los últimos 12 meses? ☐ No ☐ Sí
  - De ser así describa la causa o el detonante si lo conoce \_\_\_\_\_

Comentarios:

12.c Actualmente tiene algún tipo de parálisis?

☐ No

☐ Sí

☐ Paraplejia

☐ Cuadriplejia

☐ Hemiplejia izquierda

☐ Hemiplejia derecha

De ser así:

Describe:

12.d Diagnostico de Disreflexia Autónoma?

☐ No

☐ Sí

De ser así describe

12.e Diagnostico de Alzheimer u otras demencias?

☐ No

☐ Sí

12.f Otro desorden neurológico o evento que requiera planificación?

☐ No

☐ Sí

De ser así describe:

### 13. Cardíaco/ Circulatorio/ Desórdenes sanguíneos:

- ¿Hay alguna condición cardíaca o circulatoria conocida (ejemplo. hipertensión, Enfermedad de las válvulas del corazón o condiciones asociadas específicas)?

☐ No

☐ Sí

De ser así:

☐ Condición cardíaca/circulatoria es estable en el plan de tratamiento actual (medicación, dieta, nivel de actividad u otros, intervenciones)

☐ ¿Condición cardíaca/ circulatoria no es estable dando lugar a limitaciones en el trabajo o en el hogar?

13.a Marca pasos en su lugar?

☐ No

☐ Sí

De ser así: Fecha de colocación (si la conoce):

Modelo o tipo (si lo conoce):

13.b ¿Tiene implantado un desfibrilador automático (ICD) en su lugar?

☐ No

☐ Sí

De ser así: Fecha de colocación (si la conoce):

Modelo o tipo (si lo conoce):

13.c ¿Algún otro desorden cardíaco que requiera planificación?

☐ No

☐ Sí

De ser así

Describe: \_\_\_\_\_

13.d ¿Hay algún trastorno de la sangre/ hematológicos actualmente ( tales como anemia, leucemia, coagulación, etc.) que puedan requerir medicamentos, seguimiento, monitoreo y planificación?

☐ No

☐ sí

De ser así describe:

13.e Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 14. Endocrino:

• ¿El individuo ha sido diagnosticado con diabetes?

☐ No

☐ Sí

De ser así:

☐ Tipo 1

☐ Tipo 2

14.a ¿Puede el individuo completar todas las partes de su monitoreo de glucosa en sangre de forma independiente?

☐ No

☐ Sí

☐ N/A

14.b ¿Puede el individuo administrarse su insulina?

☐ No

☐ Sí

☐ N/A

14.c ¿El individuo experimenta hipoglucemia?

☐ No

☐ Sí

☐ Patrón irregular entre hipoglucemia e hiperglicemia

☐ A1c = 6 o más

14.d Niveles de A1c: ☐ No disponibles niveles de A1c ☐ A1c > 6

14.e Diabetes/ Comentarios :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.f ¿Otro desorden a nivel endocrino que requiera planificación?

☐ No

☐ Sí

De ser así; Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.g Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 15. Renal:

• ¿Trastornos renales que puedan requerir planificación?

☐ No

☐ Sí

De ser así describe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



15.a Diálisis: cualquier tipo ☐ No ☐ sí De ser así: ☐ Peritoneal ☐ Hemodiálisis

15.b Comentarios:

## 16. Gastrointestinal:

• ¿Tiene alguna condición gastrointestinal? ☐ No ☐ Sí

16.a Recibe medicamentos para el reflujo o GERD? ☐ No ☐ sí

16.b ¿Refiere o demuestra signos o síntomas de reflujo? ☐ ninguno ☐ Se queja de ☐ Demuestra

Si lo refiere: ☐ Acidez ☐ Indigestión ☐ Dolor abdominal ☐ Vomitando

Si lo demuestra (Observado o reportado) ☐ Morder la mano ☐ Arqueando la espalda ☐ Tocando el estomago  
☐ Alimento o fórmula en la boca ☐ Vómitos ☐ Tose mientras está acostado

16.c ¿Tiene la enfermedad celíaca o intolerancia al gluten? ☐ No ☐ Sí

16.d Manejo de estreñimiento ☐ No tiene problemas de estreñimiento ☐ Recibe tratamientos o medicamentos de rutina para el estreñimiento

☐ Regularmente utiliza medicamentos cuando sea necesario (PRN) para el estreñimiento (ejemplo. enema, supositorios)

☐ Tuvo impacto fecal en el ultimo año

16.e Tiene diagnóstico de PICA (por historial o activo)? ☐ No ☐ sí ☐ Se desconoce

16.f Comentarios:

## 17. Intestino y Vejiga:

• Función intestinal: ☐ Continente ☐ incontinencia ocasional ☐ incontinencia siempre

• Función de la vejiga: ☐ Continente ☐ incontinencia ocasional ☐ incontinencia siempre

17.a Colostomía/Ileostomía: ☐ No ☐ Sí

De ser así: ☐ Nueva colostomía/ileostomía ( en el pasado año) ☐ Colostomía/ileostomía estable/No hay ningún problema con el manejo

☐ Individuo presenta conducta que impacta el cuidado de la Colostomía/ Ileostomía

Comentarios:

17.b Other bowel and bladder concerns

☐ Ninguno ☐ Reportes u observación de sangre en la orina

☐ Reportes u observación de sangre en excreta

☐ Catéter urinario - intermitente: ☐ Solo ☐ Equipo

☐ Catéter Urinario Tipo condón

☐ Catéter urinario – Interno

☐ Suprapúbico/ Nefrostomía / “Indiana pouch”

☐ Retención urinaria o BPH

☐ diarrea frecuente

☐ Otro: \_\_\_\_\_

17.c comentarios:

## 18. Salud reproductiva:

• ¿Individuo está activo sexualmente?

☐ No

☐ Sí

☐ desconoce

• ¿Interesado en información acerca de métodos de control natal?

☐ No

☐ Sí

• ¿Interesado en asistir a clases de educación sexual?

☐ No

☐ sí

Mujeres solamente (Escoger todas las que apliquen):

☐ No tiene problemas de salud reproductivos

☐ Embarazo

☐ Menopausia

☐ ¿Reportados u observados sangrado vaginal anormal?

☐ ¿Reportados u observados lesiones en los senos, bultos o descargas?

• Fecha del último examen de Papanicolaou, si fue ordenado por médico o la descripción del seguimiento en el lugar : \_\_\_\_\_

• Fecha de la última mamografía ordenada por su médico o descripción del seguimiento en el lugar : \_\_\_\_\_

• Fecha de último examen de “PSA” ordenado por un médico o la descripción del seguimiento en su lugar \_\_\_\_\_

Hombres Solamente :

• ¿PSA Ordenado más de una vez al año? ☐ No

☐ Sí

18.a ¿Historial de cáncer que requiere seguimiento?

☐ No

☐ sí

18.b Comentarios:

## 19. Manejo de síntomas conductuales

• ¿Ha habido un cambio reciente en los síntomas de comportamiento que puede ser causada por una condición médica?

☐ No

☐ Sí

De ser así describe \_\_\_\_\_

19.a ¿El número de medicamentos psicotrópicos o de otro tipo que están destinados a influir en los síntomas de

comportamiento?

☐ Ninguno ☐ 1-2 medicamentos ☐ 3-4 medicamentos ☐ 5 o más medicamentos

19.b ¿Reciente se ha observado o reportado efectos extrapiramidales o movimientos involuntarios ? ☐ No ☐ sí

19.c ¿Historial de síndrome neuroléptico maligno? ☐ No ☐ Sí

Nombre del medicamentos (Si lo conoce)

19.d ¿Historial de síndrome neuroléptico? ☐ Nunca ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11 o más

19.e Comentarios:

## 20. Control de infecciones:

• ¿Colonizado con organismo resistente a múltiples fármacos? ☐ No ☐ sí

20.a ¿Infectado con organismo resistente a múltiples fármacos? ☐ No ☐ sí

20.b ¿Infección viral crónica transmitido por sangre, como hepatitis u otros patógenos? ☐ No ☐ sí

20.c ¿Otro proceso infeccioso que requiera planificación? ☐ No ☐ sí- describe:

20.d Comentarios:

## 21. Respiratoria:

• Se le conoce alguna condición respiratoria/ diagnóstico: ☐ No ☐ Sí

Marque todas las que apliquen:

☐ Ninguna de las siguientes aplica ☐ Percusión /drenaje postural

☐ Cánula de oxígeno o mascarilla ☐ Oxígeno vía traqueotomía ☐ Oral and/or pharyngeal suctioning

☐ Succión endotraqueal ☐ traqueotomía ☐ Ventilador ☐ Chaleco de percusión ☐ reúsa utilizar oxígeno

Otro: ☐ Si utiliza oxígeno indique número de litros: \_\_\_\_

Tratamientos nebulizadores ☐ No ☐ Sí De ser así frecuencia: ☐ PRN ☐ Semanalmente ☐ Diariamente/frecuentemente

• Tiene dispositivos CPAP/BiPAP ordenados (desplegables): ☐ No hay dispositivos ordenados ☐ Uso regular ☐ reúsa utilizarla

• Otros problemas respiratorios que requieran planificación ☐ No ☐ Sí - Describe: \_\_\_\_\_

21.a Comentarios:

---



---



---

**22. Comunicación/ Visión/ audición:**

- Capaz de hacerse entender? ☐ Sí/ Verbal ☐ Sí, sin dispositivo ☐ Sí, con dispositivo ☐ No
- 22.a Deficiencia visual conocida (escoger todas las que apliquen ): ☐ Ninguno ☐ Usa espejuelos o lentes de contacto
- ☐ Reúsa los espejuelos o lentes ☐ Deficiencia visual o ceguera cortical completa ☐ Otras:
- 22.b Daño auditivo conocido (escoger todas las que apliquen): ☐ Ninguno ☐ Usa audífono(s) ☐ reúsa audífonos(s)
- ☐ Usa ASL, gestos o dispositivos ☐ Otro

22.c Comentarios:

---



---



---

**23. Musculoesqueletal/Neuromuscular:**

- ¿Desorden musculoesqueletal o neuromuscular que requieran planificación? ☐ No ☐ Sí - Describe:
- 23.a ¿Fractura en el pasado año? ☐ No ☐ Sí – Estatus
- 23. b Espasticidad o contracturas que requieran intervenciones de rutina para mantener posicionamiento, minimizar presión y proveer apoyo, comodidad y seguridad ☐ No ☐ Sí
- 23.c ¿Cambio o disminución de la capacidad funcional en el último año? ☐ No ☐ Sí

23.d Comentarios:

---



---



---

**24. caídas:**

- ¿Número de caídas en el pasado año? ☐ ninguna ☐ 1-2 caídas ☐ 3 o más caídas
- alguna de las caídas resultó en una lesión que requirió atención médica o sala de emergencia ? ☐ No ☐ Sí

24.a Comentarios:

---



---



---

## 25. Dolor:

- Actualmente experimenta dolor ☐ No ☐ No verbaliza el dolor que pueda estar experimentando ☐ Sí (De ser así, explicar debajo)
- ☐ Controlado con medicación o tratamiento ☐ Control parcial o deficiente con el tratamiento o medicación ☐ No controlado con medicamentos o tratamiento
- 25.a No verbal al expresar dolor : Se observa o reportan expresiones de dolor
- ☐ No aparenta estar estresado, se observa relajado, no llora ☐ En ocasiones hace una mueca; quejidos; se torna inquieto o tenso; incapaz de calmarse o tranquilizase
- ☐ Frecuentemente realiza mueca o frunce el ceño; como evidencia de malestar físico; puede ser rígido o sacudidas; llorando, gimiendo, incapaz de confortarse, se golpea o a otros, o acciones únicas que se sabe que es forma de dolor o angustia comunicarse de esa persona
- 25.b Recibe medicamentos para el dolor ? ☐ No ☐ Se auto administra sus medicamentos para el dolor
- ☐ Sí y requiere asistencia en la administración de los medicamentos ☐ De ser así especificar:
- ☐ Cuando sea necesario 3 veces en el mes o menos ☐ Cuando sea necesario 1 vez a la semana ☐ Cuando sea necesario 2 veces a la semana
- ☐ Cuando sea necesario varias veces al día
- 25.c Comentarios:

## 26. Actividades del diario vivir:

- Nivel de asistencia en el acicalamiento y vestimenta ☐ Independiente o asistencia mínima
- ☐ Asistencia moderada y/o requiere equipo adaptado ☐ Totalmente dependiente
- Nivel de asistencia en higiene y baño ☐ Independiente o asistencia mínima
- ☐ Asistencia moderada y/o requiere equipo adaptado ☐ Totalmente dependiente
- Nivel de asistencia en transferencia /movilidad ☐ Independiente o asistencia mínima
- ☐ Asistencia moderada y/o requiere equipo adaptado ☐ Totalmente dependiente ☐ Encamado
- Individuo que no ambula y prefiere pasar la mayor parte del tiempo en el suelo. ☐ No ☐ Sí

26.a Comentarios:

## 27. Piel y herida:

- Elegir el estado que aplique:
- ☐ Contestar en esta sección si para la movilidad o transferencia lo realiza de manera independiente o con asistencia mínima y no se conoce historial de úlceras por presión.
- ☐ Requiere asistencia mínima si es conocido un historial de úlceras por presión

☐ Contestar en esta sección si para la transferencia o movilidad requiere un equipo de asistencia moderada o es totalmente dependiente

• Condiciones (Escoger todas las que apliquen): ☐ Peso inferior a lo normal (bajo peso) ☐ Incontinencia del intestino, la vejiga o ambas

☐ Fuerza de **cizallamiento en la cama o silla** ☐ Contracturas ☐ Deformidad fija ( cifosis, escoliosis) ☐ Neuropatía

☐ Historial de úlceras por presión (ahora curado) ☐ Alteración de la conciencia (letargo, dificultad para despertar)

Áreas de piel abiertas: ☐ Ninguna ☐ Úlceras por presión ☐ Úlcera Vascular

Otras áreas abiertas (heridas quirúrgicas, cortaduras, laceraciones, erosión): \_\_\_\_\_

• Tratamientos para áreas de piel abierta: ☐ N/A ☐ Tratamientos de rutina ordenados (asepsia) ☐ Tratamientos estériles

☐ Tratamientos complejos de la herida ordenados (Ej. Aspiración de la herida, etc)

• ¿Otras condiciones de la piel?: ☐ No ☐ Yes

27.a La integridad de la piel del individuo es: ☐ Con frecuencia reusa utilizar protector solar o ropa protectora ☐ Sensible al sol

☐ Presenta conducta de autoagresión como pellizcarse o rasguñarse ☐ Incontinente/requiere cuidado de la piel preventivo

27.b Comentarios (incluir una descripción de la rutina y los tratamientos preventivos para el cuidado de la piel los cuando sea necesario (PRN) o tratamientos de uso tópico aquí)

## 28. Prácticas de salud:

¿El individuo es receptivo a participar en el desarrollo de metas y planes relacionados con el mantenimiento de su salud? ☐ No ☐ Sí

28.a Usa Tabaco/Productos con nicotina ☐ No usa tabaco/productos con nicotina ☐ Se desconoce

☐ Fuma cigarrillos o cigarro ☐ Utiliza cigarrillo electrónico ☐ Masca tabaco ☐ Usa parchos o goma de mascar de nicotina

☐ No es seguro al fumar, necesita supervisión o un delantal para prevenir accidentes y lesiones

28.b Uses street drugs/prescription drug abuse ☐ No utiliza ☐ desconoce estado

☐ Se conoce el uso ☐ Historial de uso de drogas ilegales/ o con prescripción

28.c ¿Utiliza alcohol o tiene diagnóstico de alcoholismo? ☐ No ☐ Sí ☐ desconoce

28.d ¿tiene dificultad para tolerar atención medica de rutina? ☐ No ☐ Sí - Describe

28.e Requiere pre- sedación/ o estabilización en las visitas médicas ☐ No ☐ Sí

28.f ¿Tiene alguna condición de salud que ha limitado la participación en trabajo, inclusión comunitaria o actividades ?

☐ No

☐ Sí

28.h ¿Participa de hospicio o cuidado paliativo?

☐ No

☐ Sí

28.i Comentarios:

---

---

---

29. otros comentarios :

---

---

---